

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N° 1469

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

René BLÉRIOT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 14 Octobre 1909, à Péronne (Somme)

La Granulée Pleurale d'Empis

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1939

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

René BLÉRIOT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 14 Octobre 1909, à Péronne (Somme)

La Granulée Pleurale d'Empis

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOIN.
	PASTEUR-VALLER
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique Médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	COSTE Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COUVELAIRE
BERNARD (E.). Pathologie médicale.	(Roger) Urologie.
BEZANCON (J.). Hydrologie.	DEJARUE ... Anatomie pathologique
BONNET Bactériologie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULANGER . Chimie.	DEGREZ (H.).. Physique.
BOULIN Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BROUET Pathologie médicale.	DIGONNET ... Obstétrique.
BULLIARD Histologie.	DOGNON Physique.
CACHERA Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgica
CORDIER Anatomie.	GALLIARD ... Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} GAUTHIER-	Anatomie pathologique.	MENÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
VILLARS ...		MOLLARET ..	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	PETIT-DUTAIL-	
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.	LIS	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophtalmologie.
JOANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
LACOMME	Obstétrique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LAVIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DL GAUDART	
GASTINEL		D'ALLAINES.	
DONZELOT.		MOULONGUET.	
DUVOIR.		MOURE.	
HUGUENIN		QUÉNU.	
LAROCHE (G.).			
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE.			
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

*A qui je dois tout, je dédie cette
thèse en éternel hommage de pro-
fonde reconnaissance pour tout ce
qu'elle a fait pour moi, bien faible
témoignagne de piété filiale.*

A MON PERE

*Tombé au champ d'honneur le
5 juin 1916, devant Verdun, pour la
défense du Droit,*

In memoriam.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Professeur de Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse, hommages respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER EVEN

Médecin-Chef du Sanatorium de Champceuil.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, hommage de sincère reconnais-
sance.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ MARTIN

Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a guidé avec sollicitude nos
premiers pas en Pathologie infantile,
en témoignage de notre profonde gra-
titude et de notre respectueuse affec-
tion.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BUQUET

Assistant de Chirurgie
à l'Hospice des Enfants Assistés,
Officier de la Légion d'Honneur.

*En remerciement de la bienveil-
lance qu'il nous a toujours accordée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEZARY

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEITZ-BOYER

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ MARTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEMENT

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNES

AVANT-PROPOS

Au cours de nos années d'externat, nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de granulie fleurale. Dans ces trois cas, même tableau clinique, mais tableau clinique différent du tableau clinique donné dans les ouvrages de médecine les plus récents. C'est pourquoi il nous parut intéressant de reprendre entièrement l'étude de cette question. Malheureusement, des circonstances indépendantes de nous, nous empêchent de poursuivre nos recherches. C'est un travail inachevé que nous présentons aujourd'hui, et nous nous en excusons. Tel qu'il est cependant, il aura, pensons-nous, un mérite, celui de rétablir une discipline ancienne rigoureusement exacte, que les années avaient déformée, au point de la rendre méconnaissable.

HISTORIQUE

C'est en 1865, dans son livre « De la granulie ou maladie granuleuse », qu'Empis décrivait pour la première fois, la forme pleurale de la granulie, désignée depuis sous le nom de « Granulie pleurale d'Empis ».

Quelle est cette description ?

La voici, au chapitre VII, « Affection ganulique à forme thoracique », dans les termes mêmes employés par Empis :

« L'affection granulique à forme thoracique se présente à la clinique dans trois conditions différentes, qu'il importe de préciser : la maladie peut s'offrir avec un ensemble de symptômes qui lui donne l'aspect tout d'abord d'une affection générale d'une pyrexie, d'une fièvre gastrique, et dans cette circonstance, ce n'est qu'au bout de quelques jours que la détermination locale du côté des organes thoraciques, se manifeste. En second lieu, la maladie peut se présenter avec les caractères d'une simple pleurésie, affectant, soit les deux côtés de la poitrine

simultanément, soit un seul côté seulement, et à laquelle, après un certain nombre de jours, viennent s'ajouter des symptômes généraux, qui n'appartiennent pas d'ordinaire à la pleurésie simple, et qui sont l'expression de la maladie générale, à laquelle se liait déjà l'existence des premiers symptômes thoraciques. Enfin, dans une troisième circonstance qui est de beaucoup la plus commune, la forme thoracique de l'affection granulique se présente alliée à la tuberculisation plus ou moins rapide ; elle constitue la forme catarrhale de la phtisie galopante, décrite par les auteurs, et la tuberculisation aigüe de quelques-uns.

Seule, la seconde forme nous intéresse, et il en donne la description suivante :

« Dans une autre circonstance, la maladie débute par des troubles thoraciques, le malade a du point de côté, de l'oppression, peu de toux, et, dès le premier abord, le médecin reconnaît une pleurésie. Si le malade a été pris brusquement, en pleine santé, que sa fièvre soit modérée et qu'il n'éprouve absolument que des symptômes, en rapport avec l'inflammation des plèvres, la nature granulique de l'affection restera masquée et l'on croira n'avoir affaire qu'à une pleurésie simple. Cependant dans la marche de l'épanchement, dans sa prédominance alternative de l'un et de l'autre côté de la poitrine, dans sa prompte disparition, et parfois, dans sa réapparition soudaine et inattendue, on peut déjà

trouver des indices de sa nature spéciale ; mais le voile sera rendu tout à fait transparent, si l'épanchement, à peine résorbé, le malade commence à éprouver les symptômes de la dissémination de l'inflammation granulique vers d'autres organes ; et si, au lieu d'entrer franchement dans la convalescence d'une pleurésie simple, il prend du mal de tête, de l'insomnie, des troubles des sens, de l'affaiblissement général, du dégoût pour les aliments, de la gastricité et de la sensibilité abdominale. A ce moment, un signe dont il a été déjà amplement question, la tache cérébrale hyperémique, se joindra aux autres symptômes. Si l'on trace, avec le revers de l'ongle, des lignes sur la peau du ventre, une vive hyperémie y apparaît sous formes de traînées rouges ; ces traînées qui sont ce que le professeur Trousseau appelle la tache cérébrale, se montrent, comme je l'ai déjà dit, indistinctement dans toutes les formes de l'affection granulique, et viennent apporter dans les cas où le diagnostic est douteux, un élément de plus au médecin... »

Et, plus loin, au chapitre XI « du Diagnostic de l'affection granulique » : « La pleurésie granulique doit être, comme la méningite, distinguée de la pleurésie tuberculeuse. C'est encore par les signes tirés de l'état général du malade, que l'on arrive à établir le diagnostic avec précision.

La pleurésie simple, indépendamment des signes stéthoscopiques qui révèlent l'existence d'un épan-

chement dans la cavité pleurale, se traduit encore par un ensemble de symptômes, assez exactement en rapport avec le degré d'orgasme inflammatoire éveillé par la maladie ; c'est ainsi qu'aux symptômes qui sont directement liés au siège de l'inflammation, tels que le point de côté, de la dyspnée, de l'oppression, il se joint une fièvre vive, de l'anxiété, de la soif et de l'inappétence ; mais en dehors des symptômes, qu'il convient d'attribuer à ce que l'on est convenu d'appeler la réaction inflammatoire, on n'en rencontre point, qui relèvent d'une détermination locale de l'affection, soit du côté de la tête, soit du côté de l'abdomen ; et lorsque, après quelques jours de durée, l'inflammation pleurétique a perdu de sa vivacité, la réaction inflammatoire s'éteint, et le malade n'offre plus que des symptômes locaux, subordonnés à la quantité de l'épanchement. Le bon état de santé antérieur à la pleurésie, et l'absence de symptômes concomitants, qui lui seraient étrangers, sont les principaux signes de sa nature inflammatoire.

Il n'en est point ainsi de la pleurésie granulique ; elle diffère de la pleurésie simple par la lenteur de son invasion, par le peu d'orgasme inflammatoire qui préside à son évolution, par les symptômes généraux qui précèdent et accompagnent la fluxion pleurétique ou qui lui succèdent. Rarement, très rarement, la pleurésie granulique débute par du frisson, la douleur du côté est presque toujours sourde, et

l'oppression est très peu intense, un certain état de malaise, de la céphalgie, de l'insomnie, de l'incapacité précèdent de quelques jours les symptômes thoraciques, l'aspect du malade éveille, au premier abord, plutôt l'idée d'une pyrexie que celle d'une inflammation thoracique ; il a un peu de stupeur, parfois quelques troubles des sens, de la dilatation et de l'inégalité des pupilles ; l'exploration du ventre peut fournir aussi des signes précieux, tels que la sensibilité à la palpation, des frottements péritonéaux, enfin l'apparition facile des raies hyperémiques sur la peau, compléteront le diagnostic. Des signes considérables sont aussi relatifs à la marche de l'épanchement.

Quand la pleurésie n'est pas sèche, ce qui arrive quelquefois, l'épanchement qu'elle produit est, en général, peu abondant, et se résorbe avec une promptitude tout à fait contraire à l'allure ordinaire des épanchements symptomatiques de la pleurésie simple. Il est aussi très fréquent, dans ce cas, que la pleurésie soit double, ou bien, qu'au moment où elle quitte un côté, elle se porte sur le côté opposé, ce qui implique presque toujours l'existence d'une position pathologique générale dominant les fluxions locales.



ETUDE CLINIQUE

Les années passent.

Qui se reporte maintenant à la description initiale laissée par Empis ?

Certainement personne !

Et pourquoi ne s'y reporterait-on pas ? La description traduite par ses successeurs n'est-elle pas fidèle ?

Voire !

Consultons nos Traités de Médecine les plus modernes à l'article « Granulie pleurale d'Empis ». Que lisons-nous ?

Traité de Pathologie Médicale

par SERGENT-RIBADEAU-DUMAS-BABONNEIX

Tome 18, Fasc. II (Maloine, Editeur) :

P. 480. — « Manifestations pleurales dans la granulie : l'ensemencement bacillaire par voie sanguine produit des lésions généralisées appelées granulie. Dans certains cas, la granulie paraît prédominante sur la plèvre, c'est la tuberculose miliaire aiguë à forme pleurale d'Empis. Dans d'autres cas, la pleurésie n'est qu'un élément surajouté aux diverses manifestations de la granulie dans l'organisme.

Dans la forme pleurale d'Empis, la localisation pleurale peut s'indiquer par des symptômes fonctionnels et généraux, brusques et accusés, mais souvent aussi le début est lent, insidieux. Le liquide, en général peu abondant, existe dans les deux plèvres. Parfois, on peut constater l'existence de signes physiques pulmonaires. Mais ce qui frappe, Grancher et Barbier ont bien insisté sur ce point, ce sont les signes d'imprégnation tuberculeuse d'une si haute valeur diagnostique dyspnée accentuée, amaigrissement précoce et rapide, anémie, asthénie neuro-musculaire, hypertension vasculaire, température élevée à courbe irrégulière, persistante. La marche est progressive et la mort survient, soit avec l'ensemble des phénomènes généraux qui caractérisent la typho-bacillose, soit avec une éruption confluyente sur le poumon qui prend le type de la forme suffocante asphyxique. »

Nouveau traité de Médecine

par ROGER-VIDAL-TEISSIER,

fascicule XII, Masson éditeurs

P. 182. — « La granulie à forme pleurale a été bien décrite par Empis. Le début est souvent brusque, rappelant celui de la pleuro-tuberculose primitive de Landouzy, avec frisson, point de côté, dyspnée. L'examen révèle tous les signes d'un épanchement pleural, mais la dyspnée devient rapidement consi-

dérable, la cyanose apparaît, ne semblant pas en rapport avec le volume de l'épanchement, qui ne paraît pas très abondant. Une ponction pratiquée néanmoins ne ramène que 500 à 600 gr. de liquide séreux et ne procure aucun soulagement. Souvent, on constate alors des râles sibilants ou sous-crépitants, rappelant les signes de la forme catarrhale. L'évolution se fait comme dans les autres formes de granulie. La marche de la maladie est progressive. Le passage à l'état chronique est rare. Dans de nombreux cas, on voit apparaître une localisation péritonéale (forme pleuro-péritonéale). Signalons également que, dans quelques cas, le début s'est manifesté par une localisation sur la plèvre diaphragmatique avec les symptômes particuliers à cette localisation. »

LETULLE et HALBRON.

*Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique
publié sous la direction*

de GILBERT BROUARDEL-THOINOT,

*par CLAISSE, MOSNY, LANDOUZY, GRIFFON, TRIBOULET,
BABONNEIX*

*XXIX. — Maladies des bronches et poumons
(Baillière, éditeurs)*

P. 609-610. — « Granulie pleurale... La plèvre peut être touchée uniquement par la granulie

(Empis), ou bien elle peut l'être en même temps que le poumon. Il en résulte tantôt une pleurite sèche avec des fausses membranes mollasses, rougeâtres sanguinolentes au début ; ou une pleurésie avec épanchement. Dans l'un et l'autre cas, la pleurésie n'est qu'un épisode initial d'une ganulie généralisée, ou bien la maladie semble se localiser dans la plèvre et uniquement dans la plèvre.

L'épanchement, qui peut être séreux, séro-purulent, séro-hémorragique ou hémorragique, se développe dans une plèvre ou dans les deux ; il est variable d'un jour à l'autre. Il s'accompagne de fièvre, d'amaigrissement, de phénomènes d'intoxication tuberculeuse. L'épanchement nécessite la ponction, mais se reforme avec rapidité. La mort survient en 5 ou 6 semaines, même moins... Le mode d'invasion de ces pleurésies tuberculeuses primitives est tantôt brusque et aigu comme une affection phelgmasique franche du système pleuro-pulmonaire : frisson, point de côté, dyspnée attirent l'attention sur une maladie possible du poumon et de la plèvre. D'autres fois, le développement est sourd, insidieux. Cependant, les phénomènes généraux gardent leur valeur habituelle ; et, quand on découvre l'épanchement, sa nature tuberculeuse ne peut que s'imposer à l'esprit... La marche de la maladie est progressive, et il n'est pas rare que le péritoine se prenne (forme pleuro-péritonéale). La mort est due soit à une généralisation bacillaire avec

symptômes typhoïdes, soit à une éruption confluyente sur le poumon, avec phénomènes asphyxiques...

Le diagnostic de pleurésie tuberculeuse sera facilité par le désaccord entre l'abondance de l'épanchement et les phénomènes dysphériques, par la gravité des phénomènes de dénutrition qui l'accompagnent, la persistance et les caractères de la fièvre, etc...

Il est d'ailleurs habituel de retrouver dans les antécédents des malades des épisodes pleuraux du même genre et qui ont tourné court. »

Nouveau traité de Pathologie interne,
par ENRIQUEZ, LAFFITE, LAUBRY, Clovis VINCENT.

Tome III : maladies du nez, du larynx,
des bronches, des poumons et des plèvres
(Doin, éditeur)

P. 751. — « L'atteinte pleurale est très fréquente dans le cas de tuberculose miliaire généralisée ; d'habitude, elle est discrète et se borne souvent à un petit épanchement pleural uni ou bi-latéral, à forme lymphocytaire, dont la constatation apporte d'ailleurs un appoint utile au diagnostic encore incertain de tuberculose miliaire. Quelquefois, on constate en tout et pour tout quelques frottements pleuraux aux bases. Mais parfois, la plèvre peut être atteinte au cours de la tuberculose miliaire avec une telle vio-

lence que la localisation pleurale semble constituer à elle seule toute la maladie. Empis avait d'ailleurs, avec une grande exactitude, signalé la granulie à forme pleurale. Dans les mêmes circonstances étiologiques que pour les autres cas de tuberculose miliaire, on se trouve en présence d'un malade offrant tous les symptômes et tous les signes d'une pleurésie tuberculeuse pouvant être uni ou bilatérale. Pleurésie à épanchement séro-fibrineux abondant vite récidivant, s'accompagnant d'une température élevée, d'un pouls très rapide, d'un état général immédiatement très grave, d'une dyspnée bientôt intense que les ponctions ne calment pas, d'une cachexie qui fait chaque jour des progrès et qui amène la mort au bout de quelques semaines, le tableau symptomatique des derniers jours, traduisant assez fréquemment une participation évidente ou simplement révélée à l'autopsie des autres séreuses, péritoine, péricarde, méninges.»

Charles LAUBRY.

Il serait fastidieux de multiplier les exemples. Rien n'est tenace comme l'erreur. Aujourd'hui, comme hier, et peut-être comme demain, pour de nombreux médecins, de très nombreux médecins, la notion suivante reste un dogme :

« La granulie à forme pleurale a été bien décrite par Empis. Le début est souvent brusque, rappelant celui de la pleuro-tuberculose primitive de Landouzy

avec frisson, point de côté, dyspnée, fièvre. L'examen révèle tous les signes d'un épanchement pleural, mais la dyspnée devient rapidement considérable, la cyanose apparaît, ne semblant pas en rapport avec le volume de l'épanchement, qui ne paraît pas très abondant. Une ponction pratiquée néanmoins ne ramène que 500 ou 600 grammes de liquide séreux et ne procure aucun soulagement. Souvent, on constate alors des râles sibilants ou sous-crépitants, rappelant les signes de la forme catarrhale. L'évolution se fait comme dans les autres formes de granulie.»

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mad. N..., dix-huit ans, est traitée pour pleurésie séro-fibrineuse gauche depuis le début de décembre 1935. En fait, en mars elle avait présenté pendant quelques semaines un état fébrile inexpliqué, qui, rétrospectivement, nous paraît devoir être mis sur le compte d'une primo-infection. La malade est amaigrie (6 kilogrammes), pâle, fébrile avec une température en plateau à 38°, s'élevant régulièrement à 39° dans les jours qui précèdent les règles. Le confrère qui nous a appelé avait fait une ponction qui a ramené un liquide séro-fibrineux à réaction lymphocytaire sans bacilles de Koch. La bacilloscopie a été également négative. Lors de notre premier examen, nous ne notons aucun signe objectif, c'est seulement sur le cliché que nous distinguons une légère ombre pleurale basale gauche avec effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique. L'examen bactériologique est renouvelé, à aucun moment nous ne trouvons de bacilles, et cependant l'amaigrissement s'accuse et la fièvre persiste toujours aussi désespérante. Le 6 février, nous sommes rappelé pour céphalée et vomissements. L'examen du liquide céphalo-rachidien nous apporte la preuve de la tuberculose. Hyperalbuminose, hypercytose et bacille de Koch. La malade meurt le 9 février.

OBSERVATION II

M. Ch..., manœuvre, vingt-quatre ans, entre au sanatorium le 27 février 1936 pour une pleurésie séro-fibrineuse ayant débuté rapidement les premiers jours de janvier et nécessité une ponction évacuatrice, le 2 février à l'Hôtel-Dieu. C'est un malade pâle, amaigri (4 kilogrammes en trois mois), fébrile, 37°4 le matin, 38°5 le soir. Il accuse un vague point de côté à la base droite, quelques quintes de toux, avec une expectoration modérée, muco-purulente abacillifère, tandis que l'examen clinique, physique et radiologique ne révèle que des signes d'un léger épanchement pleural droit. Sur le film : poumons droit et gauche d'apparence normale. A droite, ombre pleurale remontant jusqu'à 8 à 10 centimètres au-dessus de la coupole diaphragmatique. Une ponction ramène un liquide séro-sanglant avec hématies et lymphocytes sans bacilles de Koch. Dans les semaines qui suivent, l'amaigrissement se poursuit, la fièvre s'élève autour de 39°. Le 18 avril, céphalée intense, et le 20 avril, mort. Un second cliché était superposable au premier.

A l'autopsie : épanchement séro-hémorragique de 3 à 400 c. c.. Les plèvres sont modérément épaissies et parsemées de multiples granulations, qu'on retrouve disséminées mais beaucoup plus discrètes sur les poumons ainsi que sur le péritoine, le péricarde, les méninges, l'intestin, le foie et la rate.

OBSERVATION III

M. Sav..., trente-trois ans, entre au sanatorium le 12 novembre 1935. Il traîne une pleurésie séro-fibrineuse droite depuis fin septembre pour laquelle il a été

hospitalisé à Bichat. Il est très amaigri (13 kilogrammes en trois mois) et fébrile, la température ne descendant jamais au-dessous de 38°. Il ne tousse pas, ne crache pas, se plaint seulement de gêne respiratoire et surtout d'une anorexie presque absolue avec quelques troubles intestinaux où dominent la constipation. A l'examen, tout se résume à la constatation d'un léger épanchement droit confirmé à la radioscopie, qui montre l'intégrité du parenchyme et par la ponction qui ramène un liquide citrin à réaction lymphocytaire sans bacilles de Koch. Le 4 janvier, l'amaigrissement et la fièvre persistent ; l'anorexie est toujours aussi accusée et l'examen clinique et radiologique décèle l'existence d'un léger épanchement gauche, présentant les mêmes caractères que l'épanchement droit. Sur le film, toujours absence de lésions pulmonaires sans la moindre expectoration. Le 13 janvier, brusquement apparaît une ascite de moyenne abondance, et, le jour suivant du subdélire précédant la mort qui survint le 15 janvier.

A l'autopsie : épanchement séro-fibrineux dans les deux plèvres et le péritoine. Granulations discrètes dans les deux poumons ; confluentes sur les séreuses ménagée, pleurale, péritonéale, ainsi que dans le foie, l'intestin et la rate.

CONCLUSION

De nos observations personnelles, ressort la description suivante de la forme pleurale de la granulie primitive, dont les principaux traits avaient été bien mis en relief par Empis, mais déformés ensuite, au cours de descriptions successives :

Etiologiquement. — Elle s'observe avec prédilection chez les adolescents et les adultes jeunes.

Cliniquement. — Elle débute parfois rapidement, mais plus souvent insidieusement.

Elle est essentiellement caractérisée à la période d'état par le contraste entre l'atteinte profonde de l'état général et la discrétion des manifestations fonctionnelles. Les signes cliniques ne montrent qu'un épanchement pleural uni- ou bilatéral, simultané ou successif, insignifiant.

L'évolution se fait vers la mort qui survient après quelques mois ; hâtée ou non par une complication péricardique, péritonéale et surtout méningée.

Anatomiquement. — Dissémination de granulations sur les séreuses et dans les viscères ; maxima sur les plèvres et minima dans les poumons.

Ajoutons deux précisions qui, à l'époque, devaient nécessairement, échapper à Empis.

Bactériologiquement. — Les bacilloscopies demeurent négatives dans les expectorations toujours insignifiantes lorsqu'elles ne sont pas nulles.

Radiologiquement. — L'image pulmonaire est normale : il n'existe aucune image micro-nodulaire, étant donné la discrétion des lésions anatomiques.

VU : *Le Président de Thère,*

TROISIER.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. EMPIS : De la granulie ou maladie granuleuse.
2. SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX : Traité de Pathologie médicale : XVIII, Tuberculose, tome II, Maloine, éditeur.
3. ROGER, WIDAL, TEISSIER : Nouveau Traité de Médecine, fascicule XII, Masson, éditeur.
4. GILBERT, BROUARDEL, THOINOT, CLAISSE, MOSNY, LANDOUZY, GRIFFON, TRIBOULET, BABONNEIX : Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique, XXIX. Maladies des bronches et des poumons. Baillière, éditeur.
5. ENRIQUEZ, LAFFITTE, LAUBRY, CLOVIS VINCENT : Nouveau de Pathologie interne. Tome III: Maladies du nez, du larynx, des bronches, des poumons et des plèvres. Doin, éditeur.
6. EVEN (R.) : La forme pleurale de la granulie. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 5 novembre 1936.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE LEGRAND
